

Między rodziną a instytucją - wnioski z badania PolSenior2 dla polityki senioralnej w Polsce

Szatur-Jaworska, Barbara; Błędowski, Piotr

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Szatur-Jaworska, B., & Błędowski, P. (2023). Między rodziną a instytucją - wnioski z badania PolSenior2 dla polityki senioralnej w Polsce. *Studia z Polityki Publicznej / Public Policy Studies*, 10(1), 83-101. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-91511-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Barbara Szatur-Jaworska¹, Piotr Błędowski²

Między rodziną a instytucją – wnioski z badania PolSenior2 dla polityki senioralnej w Polsce

Abstrakt

Artykuł zawiera wnioski dotyczące polityki senioralnej w zakresie form zaspokajania potrzeb opiekuńczych seniorów. Wnioski te poprzedzono diagnozą, w której ukazano możliwości uzyskiwania społecznego wsparcia przez osoby starsze w Polsce. Autorzy omawiają wybrane wyniki ogólnopolskiego badania gerontologicznego PolSenior2, w tym: rodzinne zasoby osób starszych, z jakich mogą korzystać, gdy potrzebują wsparcia, poziom zaspokojenia potrzeb opiekuńczych seniorów oraz lukę opiekuńczą. Na podstawie wyników badań empirycznych oraz analizy wpływu pandemii COVID-19 na funkcjonowanie instytucji opiekuńczych sformułowano rekomendacje dotyczące procesu deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych w Polsce. Wskazano, że dominujący w naszym kraju rodzinny model opieki nad osobami starszymi sprzyja deinstytucjonalizacji, ale proces ten nie może polegać na przrzucaniu na rodzinę coraz większej odpowiedzialności. Powinien przyjąć formę wsparcia jej funkcji opiekuńczej wobec seniorów za pomocą coraz bardziej zróżnicowanych instrumentów polityki publicznej.

Słowa kluczowe: osoby starsze, rodzina, luka opiekuńcza, polityka senioralna, PolSenior

Kody klasyfikacji JEL: D19, I18, J14, J18

¹ Uniwersytet Warszawski, Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych, e-mail: b.szatur-jaworska@uw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0003-3677-000X>

² Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, e-mail: pbledo@sgh.waw.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4207-2283>

Between the Family and the Institution: Conclusions from the PolSenior2 Study for the Ageing Policy in Poland

Abstract

The article offers conclusions for the ageing policy in terms of forms of satisfying the care needs of seniors, following a diagnosis which shows the possibilities for older people in Poland to obtain social support. The authors discuss selected results of the Polish national gerontological study PolSenior2, including in particular: family resources of older people, which they can use when they need support, the level of meeting the caring needs of seniors and the care gap. Based on the results of empirical research and the analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the functioning of care institutions, the authors formulate recommendations on the process of deinstitutionalisation of care services in Poland. They indicate that the family model of care for older people, which prevails in Poland, is conducive to deinstitutionalisation, but the process must not consist in shifting more and more responsibility onto the family and should instead support its care role towards seniors with the help of increasingly diverse instruments of public policy.

Keywords: older people, family, care gap, ageing policy, PolSenior

JEL Classification Codes: D19, I18, J14, J18

Wprowadzenie

Polityka senioralna jest jedną z wielu polityk publicznych. W Polsce po raz pierwszy jej zakres przedmiotowy, cele i zadania określono w uchwale Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. W uchwale tej zapisano, że „polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się” (*Uchwała nr 238 Rady Ministrów*: 4).

W kolejnym dokumencie rządowym, z 26 października 2018 r., posłużono się terminem „polityka społeczna wobec osób starszych”, przez którą rozumie się „celowe, długofalowe i systemowe oddziaływanie państwa oraz innych podmiotów publicznych i niepublicznych na kształtowanie warunków prawnych, ekonomicznych oraz społecznych w celu tworzenia osobom starszym korzystnej dla nich sytuacji życiowej, dostosowanej do zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb społecznych, ekonomicznych oraz opieki i ochrony zdrowia w każdym okresie życia osoby w starszym wieku” (*Uchwała nr 161 Rady Ministrów*: 10). Termin „polityka senioralna” jest jednak nadal stosowany w publikacjach naukowych i w dokumentach programowych.

Posłużono się nim także w tym artykule, choć należy podkreślić, że przedmiotem naszych analiz jest jedynie fragment polityki senioralnej, jakim jest wsparcie osób starszych w ich codziennym funkcjonowaniu.

Celem autorów artykułu jest ustalenie, jakie praktyczne wnioski wynikają dla polskiej polityki senioralnej z ogólnopolskiego badania sondażowego PolSenior2, przeprowadzonego w latach 2018–2020. Z obszernego zakresu przedmiotowego tego badania wybrano diagnozę sieci wsparcia służących zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych osób starszych. Diagnoza ta służy określeniu – na podstawie najnowszych danych reprezentatywnych dla krajowej populacji seniorów – istoty i skali problemu społecznego, jakim jest luka opiekuńcza występująca między potrzebami opiekuńczymi najstarszej zbiorowości seniorów a możliwościami ich zaspokojenia. Występowanie tej luki jest od pewnego czasu dostrzegane przez badaczy i decydentów, a rekomendowanym rozwiązaniem jest rozwój usług społecznych, w tym szczególnie w środowiskach lokalnych, w których żyją osoby starsze i ich rodziny.

Wnioski dla polityki senioralnej wynikające z badania PolSenior2 oraz – w formie uzupełnienia – z wybranych diagnoz opracowanych w ostatnim okresie przez inne zespoły badawcze odniesiono do dwóch ważnych i aktualnych kontekstów polityki publicznej: deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz pandemii COVID-19.

Zawarte w artykule rozważania wpisują się w podejście racjonalistyczno-stadialne w badaniach polityki publicznej. Podejście to – zapoczątkowane przez H.D. Lasswella, uważanego za twórcę *policy sciences* – ulegało przez dziesięciolecia modyfikacjom, a także było poddawane radykalnej krytyce. Autorzy tego artykułu zajęli się praktycznym rozwiązywaniem społecznego problemu w ramach polityki publicznej. Przyjęli w związku z tym za M. Howlitem (2011: 19), że pięciu etapom rozwiązywania problemów odpowiada pięć stadiów polityki publicznej (ang. *stages of the policy cycle*). Są to odpowiednio: 1) rozpoznanie problemu – ustalanie agendy, 2) proponowanie rozwiązań – formułowanie polityki, 3) wybór rozwiązania – podejmowanie decyzji, 4) wdrażanie rozwiązania – implementacja polityki, 5) monitoring wyników – ewaluacja polityki.

Wybór koncepcji stadialnej jako podstawy do naszych rozważań jest podyktowany przekonaniem, że – pomimo wspomnianej krytyki – uprawnione i trafne jest spojrzenie na wybrany fragment polityki publicznej jako na proces względnie uporządkowany (choć możliwe są zaburzenia w następowaniu jego kolejnych etapów), podlegający planowaniu (choć narażony na wpływ nieprzewidywalnych czynników) i będący efektem racjonalnych decyzji politycznych aktorów (choć aktorzy ci mogą niejednakowo pojmować relacje między zakładanymi celami a wybieranymi środkami działania).

Przyjmując to założenie, autorzy uznali omawiane w artykule wyniki badania potrzeb i społecznej sytuacji osób starszych za intelektualny (analityczny) zasób

(por. Zybala, 2017), który może i powinien być wykorzystany na pierwszym etapie procesu realizacji polityki senioralnej w zakresie wsparcia społecznego osób starszych, czyli rozpoznania problemu i formowania agendy. W artykule odpowiedziano na następujące diagnostyczne pytania badawcze:

- Jakie są rodzinne zasoby polskich seniorów, z których mogą korzystać, gdy potrzebują społecznego wsparcia?
- Jak te zasoby są zróżnicowane ze względu na wybrane cechy społeczno-ekonomiczne osób starszych?
- Jaka jest skala niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych osób starszych?
- Jakich subpopulacji seniorów w największym stopniu dotyczy luka opiekuńcza?

Odwołując się do wyników badania PolSenior2 oraz do innych źródeł wiedzy, w artykule zawarto także propozycje dotyczące drugiego etapu procesu realizacji polityki publicznej, tj. formułowania polityki senioralnej w omawianym zakresie.

Najważniejszym źródłem danych empirycznych wykorzystanych przez autorów jest badanie sondażowe zrealizowane w ramach ogólnopolskiego, wielodyscyplinarnego projektu badawczego określanego w skrócie jako PolSenior2. Omówiono wybrane wyniki tzw. wywiadu społeczno-ekonomicznego przeprowadzonego w miejscu zamieszkania badanych metodą CAPI (ang. *computer assisted personal interview*; wywiady bezpośrednie wspomagane komputerowo). Badanie PolSenior2 przeprowadzono na liczącej prawie 6 tys. respondentów ogólnopolskiej, reprezentatywnej, losowej próbie imiennej z populacji w wieku 60 lat i więcej. W badaniu przyjęto zatem, że starość (w przypadku kobiet i mężczyzn) zaczyna się w 60 roku życia. Próbę tworzyło siedem równolicznych grup wiekowych. W artykule omówiono dane, które wcześniej zostały poddane procedurze ważenia, by odzwierciedlały faktyczną strukturę populacji w wieku 60 lat i więcej.

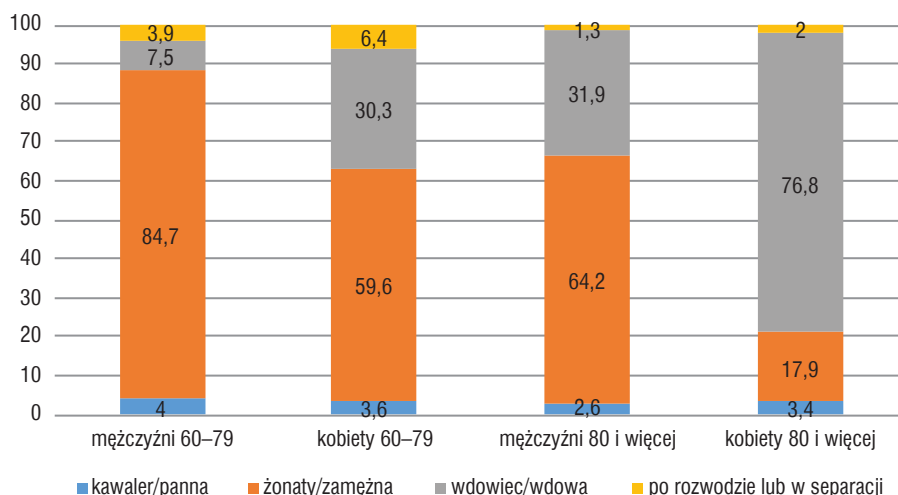
Rodzinne zasoby starszego pokolenia w świetle badania PolSenior2

W Polsce opieka nad osobami starszymi ma głównie charakter nieformalny, a jej dawcami najczęściej są członkowie rodzin (Szatur-Jaworska, 2012; Czekanowski, 2002). Wyniki badania PolSenior2 pozwalają na ocenę rodzinnych zasobów osobowych, jakie potencjalnie mogą mieć do dyspozycji osoby starsze potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Samo istnienie tych zasobów jest ważne, ale nie jest rozstrzygające dla faktycznej ich dostępności, ponieważ zależy ona m.in. od stosunków wewnątrzrodzinnych, bilansu czasu członków rodziny, odległości dzielącej miejsca zamieszkania członków rodziny czy od gotowości osób starszych do korzystania

z pomocy osób bliskich. Zasoby te są jednak potencjalną siatką bezpieczeństwa dla osób mających większe lub mniejsze trudności z samodzielnym funkcjonowaniem, a ich istnienie ma znaczenie dla wielkości luki opiekuńczej.

Ważną zmienną uwzględnianą w diagnozie sytuacji rodzinnej badanej populacji jest stan cywilny starszych osób. W populacji polskich seniorów czynnikami zasadniczo różnicującymi rozkład tej zmiennej są płeć i wiek. W grupie wiekowej 60–79 lat (tzw. trzeci wiek) przeważają osoby pozostające w związku małżeńskim, przy czym dotyczy to aż 85% mężczyzn i tylko 60% kobiet. Wśród osób w tzw. czwartym wieku (80 i więcej lat) w przypadku mężczyzn nadal przeważają żonaci (stanowiąc 64% tej subpopulacji), ale wśród kobiet zdecydowanie najwięcej jest wdów (77%), co pokazano na wykresie 1. Zasoby rodzinne starszych mężczyzn określane przez cechę, jaką jest pozostawanie w związku małżeńskim, są więc zdecydowanie większe niż zasoby kobiet, szczególnie tych w wieku sędziwym (80 lat i więcej). Mężczyźni mogą zatem w znacznie większym stopniu liczyć na wsparcie i opiekę ze strony życiowego partnera, gdy takiego wsparcia potrzebują.

Wykres 1. Faktyczny stan cywilny osób w wieku 60 lat i więcej według płci oraz grup wieku (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników badania PolSenior2.

Niezależnie od więzi rodzinnych istotnym czynnikiem określającym osobowe zasoby, z jakich mogą korzystać seniorzy potrzebujący opieki, jest fizyczna bliskość i dostępność potencjalnych opiekunów. Rzecz jasna, najłatwiej o nią, gdy seniorzy dzielą mieszkanie z tymi osobami. Z badań przeprowadzonych przez autorów wynika, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni mieszkają samotnie – 23% w grupie

wiekowej 60–79 lat i 39% w grupie wiekowej 80 lat i więcej (tabela 1). Ich codzienny, bezpośredni dostęp do potencjalnych zasobów nieformalnej opieki jest więc mniejszy. Należy dodać, że skala samotnego zamieszkiwania jest istotnie większa w miastach niż na wsi (w populacji w wieku 60 lat i więcej: 13% na wsi i 27% w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców). Najczęstszą przyczyną samotnego zamieszkiwania jest śmierć współmałżonka lub partnera, ale także opuszczenie gospodarstwa domowego przez dorastające dzieci. Prowadzi to do sytuacji kryzysowych, w których wsparcie jest potrzebne nie tylko z powodu ubytku zdrowia (Timoszuk, 2021; Szatur-Jaworska, Błędowski i Dziegielewska, 2006).

Drugim czynnikiem określającym zasoby, które można by wykorzystać w sytuacji, gdy seniorom potrzebna jest opieka, jest wiek współmieszkańców. Wyłącznie z mężem lub żoną, czyli w gospodarstwach jednopokoleniowych, mieszka 37% kobiet w wieku 60–79 lat i 12% w wieku 80 lat i więcej oraz 54% mężczyzn w wieku 60–79 lat i 43% w wieku 80 lat i więcej (tabela 1). Są to więc osoby, które mogą liczyć na opiekę przede wszystkim ze strony rówieśników. Taka rówieśnicza pomoc ma swoje zalety, jak np. możliwość wzajemnego wsparcia czy mniejsze skrępowanie osób potrzebujących pomocy w czynnościach związanych z zachowaniem osobistej higieny lub odżywianiem. Ma jednak też wady wynikające z ograniczeń fizycznych i zdrowotnych (także w zakresie dobrostanu psychicznego) po stronie potencjalnych opiekunów rodzinnych. Pandemia COVID-19 przyniosła bowiem dodatkowe problemy, z jakimi musieli zmagać się rodzinni opiekunowie niesamodzielnych osób starszych (por. Bakalarczyk i Kocejko, 2021).

Z punktu widzenia możliwości zaspokajania potrzeb opiekuńczych seniorów najkorzystniejsze jest zamieszkiwanie z dorosłymi dziećmi (także synowymi i zięciami). W takiej sytuacji jest 33% kobiet w wieku 60–79 lat i 43% w wieku 80 lat i więcej oraz 30% mężczyzn w wieku 60–79 lat i 29% w wieku 80 lat i więcej (tabela 1). W dwupokoleniowych (i trzypokoleniowych) rodzinach częściej mieszkają seniorzy na wsi niż w miastach. Choć kobiety nieznacznie częściej dzielą mieszkania z dorosłymi dziećmi, to ta różnica nie prowadzi do zmniejszenia deficytu zasobów rodzinnych kobiet spowodowanego brakiem małżonka i samotnym zamieszkiwaniem.

Z punktu widzenia rodzinnych zasobów opiekuńczych szczególnie ważne jest posiadanie przez osoby starsze dorosłych córek. Zgodnie z utrwalonym kulturowo podziałem ról społecznych to one częściej niż synowie przejmują opiekę na starymi rodzicami. Kobiety i mężczyźni należący do kategorii trzeciego i czwartego wieku mają podobną średnią liczbę żyjących córek. Różnice występują natomiast między mieszkańcami wsi i miast (niezależnie od ich wielkości) – ci pierwsi mają przeciętnie więcej córek, a więc i potencjalnych nieformalnych opiekunek, co pokazano w tabeli 2. Te dane nie zaskakują, ponieważ pokolenie objęte naszym badaniem (w znacznej

części tworzy je powojenny baby boom), będąc w wieku prokreacyjnym, realizowało model relatywnie wysokiej dzietności – wyraźnie wyższej na wsi niż w miastach (por. Szatur-Jaworska, 2016: 393–399).

Tabela 1. Formy życia rodzinnego osób w wieku 60 lat i więcej według płci oraz grup wieku (wyniki przedstawiono jako wartości procentowe z 95-procentowymi przedziałami ufności)

Formy życia rodzinnego (osoby, z którymi mieszka respondent)	Kobiety		Mężczyźni	
	60–79 lat	80 i więcej lat	60–79 lat	80 i więcej lat
Samotnie	23,4 (19,9–27,0)	38,9 (34,8–43,1)	9,3 (7,7–10,9)	21,8 (18,4–25,3)
Respondent + małżonek (małżonka)	37,4 (34,6–40,2)	11,9 (9,1–14,8)	53,5 (49,4–57,6)	42,9 (37,9–47,8)
Respondent + małżonek (małżonka) + dzieci (synowe, zięciowie)	9,2 (7,4–11,0)	2,6 (1,1–4,1)	16,3 (13,4–19,1)	9,9 (6,3–13,5)
Respondent + dzieci (synowe, zięciowie)	7,9 (6,5–9,4)	22,9 (18,9–26,9)	1,5 (0,7–2,3)	6,3 (4,4–8,2)
Respondent + małżonek (małżonka) + dzieci (synowe, zięciowie) + wnuki (ich małżonkowie)	8,8 (6,6–11,0)	2,4 (0,8–3,9)	10,4 (8,3–12,6)	8,3 (5,5–11,1)
Respondent + dzieci (synowe, zięciowie) + wnuki (ich małżonkowie)	6,3 (5,2–7,5)	15,3 (11,6–19,0)	1,5 (0,8–2,1)	4,3 (2,3–6,2)
Respondent + małżonek (małżonka) + wnuki (ich małżonkowie)	0,9 (0,5–1,4)	0,5 (0,1–0,9)	1,5 (0,9–2,0)	2,0 (0,9–3,2)
Respondent + wnuki (ich małżonkowie)	0,7 (0,3–1,2)	3,4 (1,8–5,0)	0 (0–0)	1,6 (0,5–2,6)
Respondent + małżonek (małżonka) + dzieci (synowe, zięciowie) + rodzice	0,8 (0,1–1,5)	0 (0–0)	0,5 (0,2–0,8)	0 (0–0)
Respondent + małżonek (małżonka) + rodzice	1,5 (0,5–2,5)	0 (0–0)	2,5 (1,3–3,7)	0,3 (0–0,9)
Respondent + rodzice	0,9 (0,4–1,4)	0 (0–0)	0,8 (0,2–1,3)	0 (0–0)
Respondent + dzieci (synowe, zięciowie) + rodzice	0,1 (0–0,3)	0 (0–0)	0,2 (0–0,6)	0,1 (0–0,2)
Inne formy lub brak odpowiedzi	2,0 (1,2–2,7)	2,1 (1,1–3,0)	2,1 (1,2–2,9)	2,5 (1,0–4,0)

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników badania PolSenior2.

Jak wynika z zaprezentowanych danych, w przypadku osób starszych rodzinne zasoby, które mogłyby być wykorzystywane w celu zaspokojenia ich potrzeb opiekuńczych, nie są w tej populacji równomiernie rozłożone. Jeśli weźmie się pod uwagę wspólne zamieszkiwanie z innymi osobami, kobiety mają do dyspozycji mniej zasobów rodzinnych niż mężczyźni. Ponadto mniejszy do nich dostęp – w porównaniu z osobami w tzw. trzecim wieku – mają osoby w wieku 80 i więcej lat, czyli te, które znacznie częściej potrzebują opieki i pomocy. Dostępność rodzinnych zasobów

opiekuńczych jest też różnicowana przez miejsce zamieszkania, ponieważ seniorzy mieszkający na wsi mają średnio więcej córek niż mieszkający w miastach, rzadziej mieszkają samotnie, częściej zaś w dwu- i trzypokoleniowych gospodarstwach domowych. Choć na polskiej wsi większość mieszkańców nie jest związana z rolnictwem (Stanny i Strzelecki, 2020), to struktura pokoleniowa wiejskich rodzin pozostaje pod wpływem tradycji chłopskiej (wspólne gospodarowanie na roli i wspólne zamieszkiwanie kilku pokoleń).

Tabela 2. Średnia liczba żyjących córek osób starszych według płci, wieku i miejsca zamieszkania (wyniki przedstawiono jako wartości procentowe z 95-procentowymi przedziałami ufności)

Płeć i wiek	Miejsce zamieszkania			
	Wieś	Miasto < 50 tys.	Miasto 50–200 tys.	Miasto > 200 tys.
Kobiety w wieku 60–79 lat	1,4 (1,4–1,5)	1,1 (1,0–1,3)	1,1 (0,9–1,2)	1,0 (0,9–1)
Kobiety w wieku 80 lat i więcej	1,7 (1,6–1,9)	1,2 (1,1–1,4)	1,1 (0,9–1,2)	1,0 (0,8–1,1)
Mężczyźni w wieku 60–79 lat	1,5 (1,4–1,6)	1,1 (1,0–1,3)	1,1 (0,9–1,2)	1,0 (0,9–1,1)
Mężczyźni w wieku 80 lat i więcej	1,6 (1,4–1,8)	1,3 (1,1–1,4)	1,1 (1,0–1,3)	1,0 (0,9–1,2)

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników badania PolSenior2.

Problem niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych seniorów – luka opiekuńcza

Luka opiekuńcza wskazuje, jaka część osób (w tym przypadku – starszych) nie-mogących samodzielnie zaspokajać potrzeb i wykonywać podstawowych czynności nie ma możliwości korzystania ze wsparcia. Warto podkreślić, że wskaźnik obrazujący lukę opiekuńczą jest częściej używany przez demografów niż polityków społecznych. Jest to bowiem współczynnik pokazujący niedopasowanie w sektorze świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych w skali makrospołecznej. Sam fakt pozostawania bez wsparcia ze strony opiekunów nieformalnych lub formalnego wsparcia jest ustalany na podstawie deklaracji osoby zainteresowanej i z różnych przyczyn nie musi w pełni odpowiadać stanowi faktycznemu. Z podobną ostrożnością należy zresztą podchodzić do informacji, że osoba starsza ma zapewnioną pomoc, zwłaszcza ze strony rodziny. Po pierwsze, w niektórych przypadkach deklaracja taka może nie całkiem odpowiadać stanowi faktycznemu, a po drugie, zupełnie nie uwzględnia kosztu ponoszonego przez rodzinę, by sprostać oczekiwaniom seniora.

Zgodnie z literaturą do oceny skali niezaspokojenia potrzeb opiekuńczych używa się dwóch typów luki opiekuńczej (Abramowska-Kmon, 2019). Pierwszy z nich dotyczy takich sytuacji, gdy osoba starsza odczuwająca ograniczenie przy wykonywaniu przynajmniej jednej podstawowej lub złożonej czynności dnia codziennego nie otrzymuje wsparcia ze strony opiekunów nieformalnych. Możliwość wykonywania określonych czynności dnia codziennego składa się na opisaną w dwóch skalach ocenę podstawowych czynności życiowych (ang. *activities of daily living*, ADL) oraz złożonych czynności życia codziennego (ang. *instrumental activities of daily living*, IADL). Wskaźnik ADL pozwala na ocenę możliwości samodzielnego funkcjonowania człowieka i obejmuje codzienne czynności wykonywane samodzielnie lub z pomocą innej osoby. Należą do nich: ubieranie się, chodzenie, samodzielna kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka i korzystanie z toalety. Ograniczenia w wykonywaniu tych czynności świadczą o potrzebie korzystania z pomocy. Wskaźnik IADL odnosi się do czynności codziennego życia wymagających umiejętności fizycznych i poznawczych. Są to: przygotowanie ciepłego posiłku, dokonywanie zakupów, wychodzenie z domu i korzystanie z transportu publicznego, wykonywanie telefonów, zażywanie leków, zarządzanie pieniędzmi (np. opłacanie rachunków), pranie i możliwość wykonywania prac w domu lub ogrodzie.

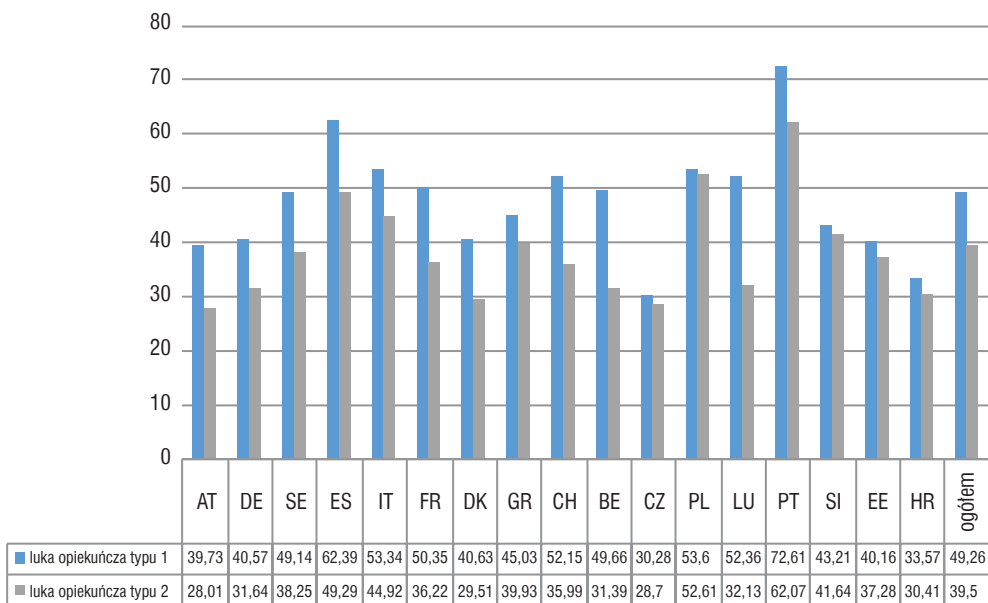
Luka opiekuńcza typu drugiego występuje wówczas, gdy osoba starsza nie otrzymuje żadnego wsparcia (pochodzącego ze źródeł nieformalnych i opieki formalnej). Obejmuje zatem dodatkowo dostęp do świadczeń udzielanych w ramach opieki formalnej i informuje o odsetku osób niemogących korzystać z obu źródeł wsparcia.

Wskaźnik luki opiekuńczej wskazuje wprawdzie jej rozmiary, ale nie dostarcza wiedzy na temat jej głębokości. Dopiero bardziej szczegółowa analiza umożliwi ustalenie, jaki odsetek osób odczuwających ograniczenie w wykonywaniu kilku czynności uwzględnianych w skalach ADL oraz IADL nie ma możliwości korzystania z opieki czy pomocy. Przydatność wskaźnika luki opiekuńczej jest więc nieco ograniczona z punktu widzenia zastosowania go przy organizacji działań pomocowych w skali lokalnej, ale jest on ważny, gdy chodzi o dyskusję nad kształtem systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w skali całego kraju.

W trakcie 6 rundy badania Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), zrealizowanej w 2015 r., ustalono, że luka opiekuńcza w Polsce należy do najwyższych w Unii Europejskiej. Jak można odczytać z wykresu 2, w Polsce ponad połowa osób w wieku 65 i więcej lat, które odczuwają ograniczenia w wykonywaniu czynności ADL i/lub IADL, nie otrzymuje pomocy ze strony opiekunów nieformalnych oraz formalnych. Odsetek ten jest wyższy w przypadku subpopulacji w wieku 65–79 lat, co pokazano na wykresie 3. Można to z pewnością objaśnić większym odsetkiem osób mających poważniejsze trudności w wykonywaniu czynności ADL

i IADL wśród 80-latków i starszych (wykres 4), ale być może pewną rolę odgrywa również poczucie obowiązku zapewnienia opieki w pierwszej kolejności najstarszym członkom rodziny.

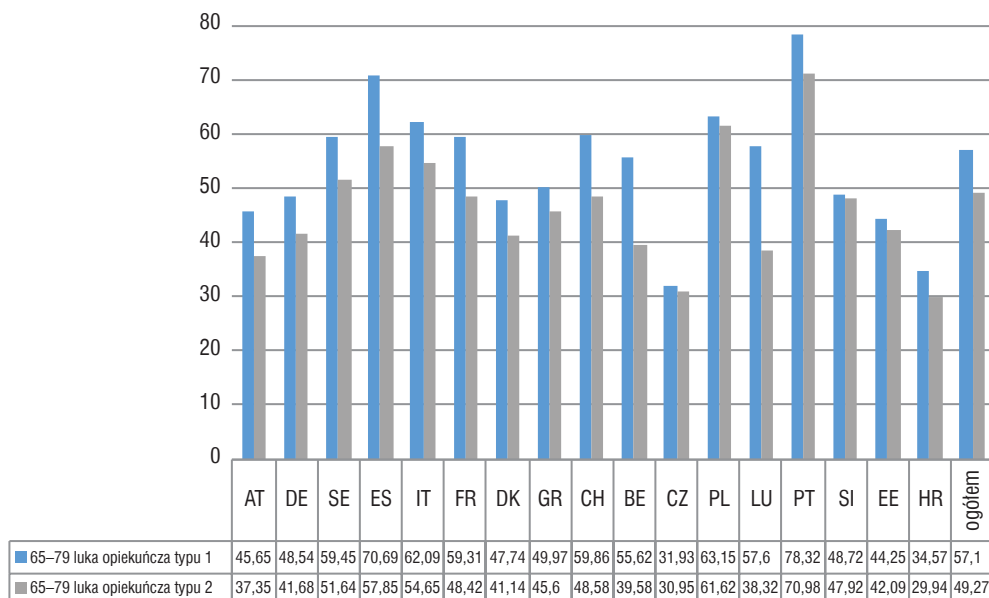
Wykres 2. Luka opiekuńcza wśród osób w wieku 65 lat i więcej z ograniczeniami przy wykonywaniu ADL/IADL (w %)



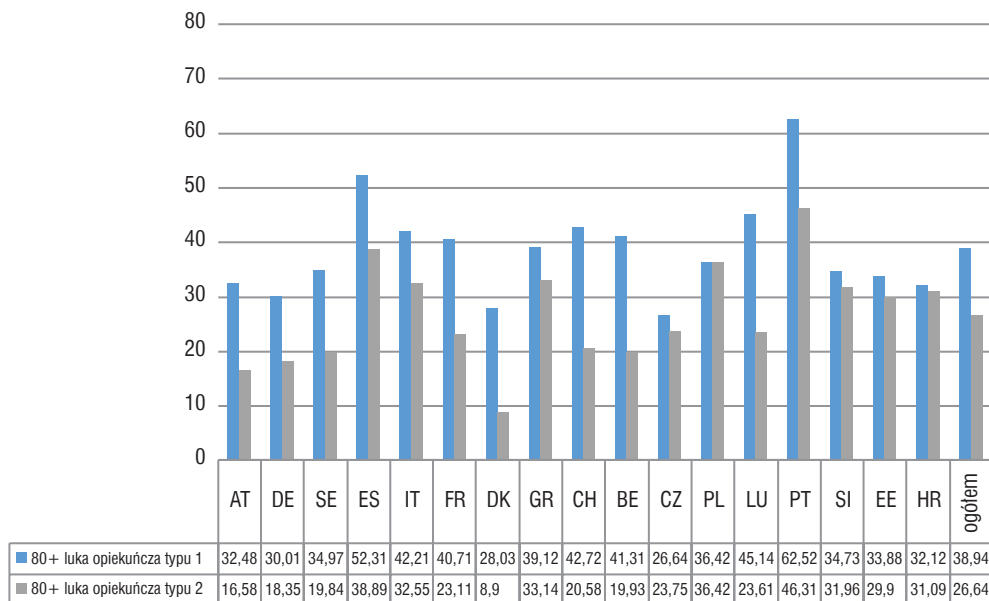
Źródło: opracowanie własne na podstawie Abramowska-Kmon (2019: 120).

Na podstawie wyników badania PolSenior2 można podjąć próbę ustalenia rozmiarów luki opiekuńczej. Skalę potrzeb opiekuńczych ustalonych we wspomnianym badaniu opisuje P. Błędowski (2021). Przedstawione zaś w tym artykule wyniki odzwierciedlają zgodnie z przyjętą w badaniu SHARE klasyfikacją rozmiary luki opiekuńczej typu 2. Ze względu na różnice metodologiczne w przywołanym badaniu SHARE i PolSenior2 bezpośrednie porównanie wyników nie jest możliwe, ale na podkreślenie zasługuje ujawniająca się w obu badaniach różnica w rozmiarach tej luki na niekorzyść subpopulacji w wieku 65–79 lat.

Prezentowane poniżej obliczenia miały na celu ustalenie, w jakiej mierze osoby starsze pozostają pozbawione pomocy w niektórych ważnych dla jednostki aspektach. Były nimi choroba i pogorszenie sprawności, prowadzenie gospodarstwa domowego i wykonywanie związanych z tym prac, niedostateczna ilość pieniędzy oraz poczucie osamotnienia.

Wykres 3. Luka opiekuńcza wśród osób w wieku 65–79 lat z ograniczeniami przy wykonywaniu ADL/IADL (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Abramowska-Kmon (2019: 120).

Wykres 4. Luka opiekuńcza wśród osób w wieku 80 lat i więcej z ograniczeniami przy wykonywaniu ADL/IADL (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Abramowska-Kmon (2019: 120).

Jeśli chodzi o chorobę lub pogorszenie sprawności, to zgodnie z wynikami badania bez pomocy w takiej sytuacji pozostaje 7,1% kobiet i 5,1% mężczyzn. Generalnie w gorszej sytuacji są kobiety, które częściej nie mogą liczyć na jakiegokolwiek wsparcie. W przypadku osób, które zgodnie ze skalą ADL mają ograniczoną lub znacznie ograniczoną sprawność (0–4 punkty w skali ADL), w grupie wieku 60–79 lat bez pomocy było 8,3% kobiet oraz 7,7% mężczyzn. W grupie wieku 80 i więcej lat wskaźniki te wynosiły odpowiednio 1,7% oraz 2,9%. Brak możliwości korzystania ze wsparcia w chorobie, która już sama z reguły osłabia poczucie bezpieczeństwa, jest czynnikiem pogarszającym samopoczucie. Sytuacja jest jeszcze gorsza wówczas, gdy osoba nią dotknięta nie jest sprawna. Brak możliwości uzyskania pomocy jest tu czynnikiem decydującym nie tylko o poczuciu bezpieczeństwa, ale i o jakości życia.

Jeśli chodzi o możliwość uzyskania wsparcia w razie choroby lub obniżenia sprawności, zasadnicza jest rodzina, a zwłaszcza pozostawanie w związku małżeńskim. Trudniej jest o wzajemną pomoc w gospodarstwach jednopokoleniowych. Około 1,4% osób mających żyjące dzieci twierdziło, że nie mogą na nikogo liczyć w przypadku choroby. Jak można było się spodziewać, najwyższe odsetki (rzędu 2,5–3,5%) osób bez wsparcia w chorobie dotyczyły kobiet i mężczyzn w młodszych grupach wieku mających jedno żyjące dziecko. W trakcie badania nie ustalano przyczyn braku wsparcia, można się jednak spodziewać, że do najczęstszych należy fakt zamieszkiwania dziecka w innej miejscowości (a może i kraju) niż oczekujący na wsparcie rodzic.

Na osamotnienie i brak możliwości kontaktu z jakąkolwiek inną osobą najczęściej uskarżały się kobiety o niskim poziomie ADL, a więc mało sprawne w wieku 60–79 lat. Prawie co dziewiąta osoba z tej grupy nie miała możliwości utrzymywania kontaktów z innymi osobami.

Czynnikiem wpływającym w największym stopniu na zróżnicowanie dostępu do wsparcia w krytycznych sytuacjach jest miejsce zamieszkania. Mimo drobnych odchyłeń od zaobserwowanej tendencji można stwierdzić, że w większości przypadków mieszkańcom wsi łatwiej jest uzyskać wsparcie. Sytuacja w mniejszych i średnich miastach układa się różnie, ale znacznie lepiej niż w miastach największych, liczących ponad 200 tys. mieszkańców. Z jednej strony, nie stanowi to zaskoczenia. Od dawna wskazuje się na większą solidarność społeczną mieszkańców wsi, gdzie sieć kontaktów rodzinnych i sąsiedzkich jest bardziej rozbudowana. Z drugiej jednak strony, w dużych i największych miastach – mimo znacznej anonimowości życia, braku bliższych kontaktów sąsiedzkich – poziom rozwoju usług społecznych, w tym opiekuńczych, jest większy niż w małych miejscowościach. Do pewnego stopnia powinno to rekompensować braki wynikające ze słabszych więzi społecznych. Tymczasem można zauważyć, że sytuacja starszych osób w największych miastach jest generalnie najgorsza. Fakt, że kilka procent seniorów nie ma możliwości uzyskania

wsparcia, wymaga uwagi władz lokalnych. Należy jednak podkreślić, że możliwości otrzymania przez osoby starsze pomocy przy obsłudze komputera i korzystaniu z Internetu są największe w największych miastach, gdzie takiej pomocy udzielają nie tylko członkowie rodzin, ale i wolontariusze oraz instruktorzy prowadzący zajęcia np. w ramach uniwersytetów trzeciego wieku. W tych przypadkach odsetek nieotrzymujących żadnego wsparcia był najniższy właśnie w dużych ośrodkach miejskich.

Można przy tym zauważyć, że pod względem dostępności wsparcia sytuacja kobiet i mężczyzn nieco się różni. Kobiety częściej zgłaszają brak jakiegokolwiek wsparcia w przypadku choroby, potrzeb finansowych oraz osamotnienia. Przyczyny tego stanu wymagają dodatkowych studiów, ale wydaje się, że jedną z możliwych hipotez jest inna pozycja społeczna starszego mężczyzny w lokalnym środowisku, który często w odczuciu otoczenia bardziej wymaga wsparcia, podczas gdy kobiety – w mniemaniu wielu osób – poradzą sobie same. Takie podejście prowadzi do negatywnych konsekwencji, wyrażających się m.in. w relatywnie gorszej sytuacji społecznej i materialnej starszych kobiet w społeczeństwie.

Tabela 3 i wykres 5 przedstawiają odsetek osób starszych niemających możliwości uzyskania jakiegokolwiek wsparcia w wybranych krytycznych sytuacjach życiowych.

Tabela 3. Kobiety niemogące liczyć na żadną pomoc według sytuacji krytycznych, grup wieku i miejsca zamieszkania (wyniki przedstawiono jako wartości procentowe z 95-procentowymi przedziałami ufności)

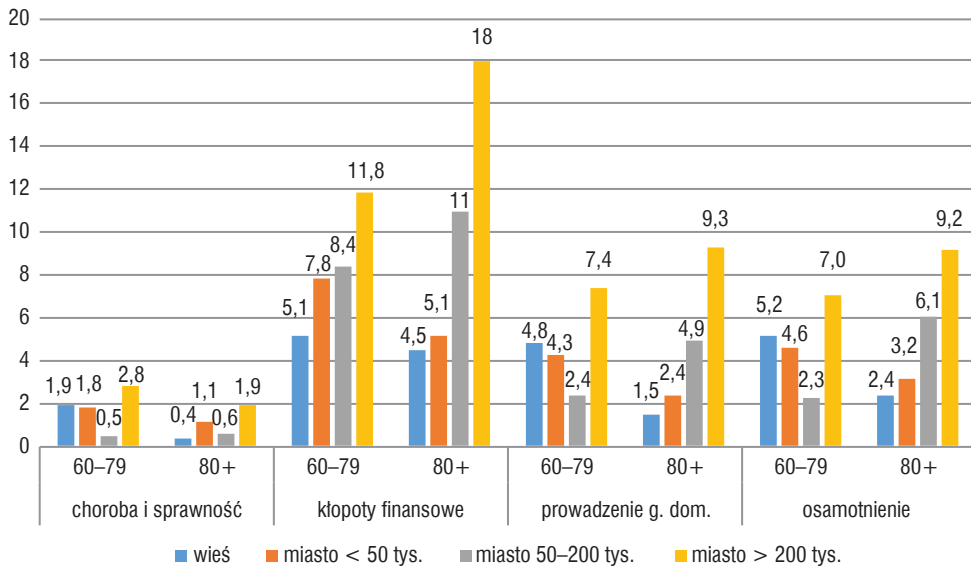
Miejsce zamieszkania	Choroba lub pogorszenie sprawności		Kłopoty finansowe		Prowadzenie gospodarstwa domowego		Poczucie osamotnienia	
	60–79 lat	80 i więcej lat	60–79 lat	80 i więcej lat	60–79 lat	80 i więcej lat	60–79 lat	80 i więcej lat
Wieś	1,2 (0,4–2)	1,3 (0–3,2)	5,5 (3,3–7,7)	5,0 (2,2–7,8)	3,5 (1,5–5,4)	1,9 (0–4,0)	4,5 (2,7–6,3)	2,2 (0,7–3,7)
Miasto < 50 tys.	1,7 (0,1–3,2)	1,3 (0–2,8)	4,7 (0,8–8,5)	3,0 (1,0–5,0)	4,1 (0,7–7,4)	1,9 (0,3–3,4)	4,6 (1,0–8,3)	3,6 (1,0–6,2)
Miasto 50–200 tys.	0,9 (0,1–1,7)	1,9 (0,5–3,4)	4,6 (1,7–7,5)	6,6 (2,9–10,2)	4,9 (2,8–7,0)	1,6 (0,2–2,9)	3,7 (1,0–6,5)	4,0 (0,7–7,3)
Miasto > 200 tys.	2,3 (0,9–3,8)	4,0 (1,4–6,7)	11,6 (7,3–16,0)	20,2 (13,7–26,8)	5,8 (2,8–8,8)	7,4 (3,3–11,4)	6,4 (5,0–7,8)	9,7 (5,3–14,2)

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników badania PolSenior2.

Jakkolwiek luka opiekuńcza dotyczy kilku procent osób starszych, trzeba pamiętać, że grupa niemających żadnego wsparcia w przypadku choroby liczy ok. 350–450 tys. osób. To bardzo poważny problem, ponieważ jest to, po pierwsze, grupa rozproszona przestrzennie, co utrudnia udzielanie wsparcia zarówno zorganizowanego,

jak i nieformalnego. Po drugie, należy do niej znaczny odsetek osób zaliczanych do tzw. czwartego wieku (80 lat i więcej), a więc tych, których sprawność ADL oraz IADL jest zazwyczaj niższa, toteż potrzebują bardziej wszechstronnego wsparcia. Po trzecie wreszcie, grupa tych osób jest trudna do zidentyfikowania. Wprawdzie możemy oszacować jej rozmiary, ale mało wiemy – nawet w lokalnych społecznościach – o potrzebach, których zaspokojenie jest najpilniejsze.

Wykres 5. Mężczyźni niemogący liczyć na żadną pomoc według sytuacji krytycznych, grup wieku i miejsca zamieszkania



Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników badania PolSenior2.

Wnioski dla polityki senioralnej – wyzwania związane z deinstytucjonalizacją i pandemią

W związku z postępującym w dłuższej perspektywie osłabieniem rodziny (mniej dzieci i wnuków, migracje zwiększające dystans przestrzenny) jako źródła wsparcia, należy zwrócić uwagę na powiększający się zakres zadań, jakie powinny zostać podjęte przez lokalne środowisko. Jak wynika z badań, w pierwszej kolejności dotyczy to dużych miast. Chodzi zarówno o działania w ramach formalnego wsparcia, jak i o aktywność wolontariatu. Zadania w tym zakresie dotyczą diagnozy potrzeb, ustalenia form ich zaspokojenia oraz monitorowania sytuacji osób starszych. To ostatnie zadanie jest szczególnie ważne, ponieważ sytuacja seniora może nagle ulec zmianie

na skutek choroby, urazu czy upadku, a także w wyniku zmian zachodzących – niejednokrotnie nagle – w jego najbliższym otoczeniu.

Proces deinstytucjonalizacji, o której ostatnio tak wiele się mówi, może – paradoksalnie – wpłynąć pozytywnie nie tylko na sytuację osób dotychczas korzystających z opieki instytucjonalnej, ale też tych, które korzystają ze świadczeń środowiskowych lub w ogóle nie mają dostępu do profesjonalnej pomocy. Ideą deinstytucjonalizacji jest stworzenie takiej sieci wsparcia, która pozwoli na zaspokojenie potrzeb osoby z ograniczoną sprawnością w jej miejscu zamieszkania. Lepszy dostęp do usług i stworzenie warunków pozwalających na pozostanie w dotychczasowym środowisku to zadania, których wypełnienie gwarantuje lepszy poziom opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności. Należy jeszcze raz podkreślić, że jest to zadanie spoczywające nie tylko na instytucjach działających w gminie, ale także na organizacjach pozarządowych.

Przypomnijmy, że w ekspertyzie opublikowanej w 2009 r. przez Komisję Europejską omówiono dziesięć wspólnych podstawowych zasad (ang. *common basic principles*), które trzeba uwzględnić w procesie deinstytucjonalizacji (European Commission, 2009: 19–20). Są to:

1. Poszanowanie praw i podmiotowej roli użytkowników usług społecznych (i ich rodzin) oraz zaangażowanie ich w proces decyzyjny. Należy szanować specyficzne potrzeby i wymagania każdej z tych osób.
2. Zapobieganie instytucjonalizacji, polegające na ograniczaniu umieszczania w stacjonarnych instytucjach (instytucjach całodobowego pobytu) osób potrzebujących wsparcia. Należy dodać, że w omawianym raporcie instytucje zostały scharakteryzowane jako zapewniające opiekę rezydencjalną o charakterze segregującym, izolującym. Świadczone przez nie usługi są mało zindywidualizowane, niedostatecznie dostosowane do potrzeb uczestnictwa i integracji mieszkańców instytucji ze społecznością. Opieka instytucjonalna została zdefiniowana jako „dowolna opieka stacjonarna, gdzie: użytkownicy są odizolowani od szerszej społeczności i/lub zmuszeni do wspólnego życia; użytkownicy ci nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i dotyczącymi ich decyzjami; wymagania samej organizacji mają zazwyczaj pierwszeństwo przed potrzebami użytkowników” (European Commission, 2009: 9).
3. Tworzenie oferty usług w środowiskach lokalnych, by dzięki temu zastąpić usługi świadczone przez instytucje całodobowego pobytu.
4. Stopniowe likwidowanie stacjonarnych instytucji pod warunkiem zapewnienia każdemu ich mieszkańcowi bezpiecznego przejścia do środowiska lokalnego.
5. Ograniczenie do niezbędnego minimum inwestycji w istniejące instytucje stałego pobytu, skoro docelowo mają być one likwidowane.

6. Rozwój zasobów ludzkich polegający przede wszystkim na podnoszeniu kwalifikacji osób mających zawodowo świadczyć usługi społeczne w środowiskach lokalnych, ale także na poprawie umiejętności opiekunów nieformalnych (głównie rodzinnych) potrzebnych do świadczenia opieki.
7. Efektywne wykorzystywanie zasobów stacjonarnych instytucji po ich likwidacji.
8. Kontrola jakości usług podlegających deinstytucjonalizacji. W ramach tej kontroli należy uwzględniać opinie usługobiorców i ich rodzin.
9. Podejście holistyczne, polegające zarówno na koordynacji różnych obszarów polityki publicznej związanych z usługami społecznymi, jak i na zapewnieniu ciągłości opieki – od dzieciństwa do dorosłości.
10. Ciągłe podnoszenie świadomości środowisk profesjonalnych zaangażowanych w proces deinstytucjonalizacji oraz społeczności lokalnych, w których mają być tworzone nowe usługi.

Wątpliwości budzi wyrażona w omawianym dokumencie zasada całkowitego odchodzenia od instytucji stacjonarnych. Szczególnie w przypadku osób starszych pozostawienie takich instytucji, obok działających w środowiskach lokalnych, uznaje się za potrzebne m.in. ze względów ekonomicznych (zapewnienie całodobowej opieki w domu osoby starszej jest w praktyce nierealne, ponieważ wymaga zatrudnienia wielu osób, co generuje trudne do udźwignięcia koszty, a koszty przystosowania mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych mogą przekraczać ich możliwości finansowe) oraz ze względu na poszanowanie prawa osób potrzebujących wsparcia do wyboru miejsca zamieszkania (część seniorów, szczególnie niemających osób bliskich lub mieszkających w warunkach substandardowych, może chcieć zamieszkać w domu pomocy społecznej).

Wspomniane wcześniej diagnozowanie i monitorowanie sytuacji nabiera wyjątkowego znaczenia obecnie, kiedy pandemia COVID-19 wydaje się bliska opanowania. Ponaddwuletni okres pandemii spowodował znaczne zmiany w sieciach wsparcia, strukturze zapotrzebowania na pomoc oraz w funkcjonowaniu wielu placówek udzielających wsparcia. Powrót do *status quo* nie wydaje się możliwy. Wiele osób utraciło bowiem dotychczasowe źródła wsparcia nieformalnego, stan zdrowia wielu seniorów uległ na tyle znaczącej zmianie, że powoduje to konieczność udzielenia wsparcia w nowych formach, a samo działanie organizacji i placówek powołanych do udzielania pomocy powinno uwzględnić zebrane doświadczenia z myślą o poprawie bezpieczeństwa wspieranych i wspierających. Doświadczenia z początkowego etapu pandemii pokazały bowiem, że dalece niewystraszające były sposoby zapewniania bezpiecznego środowiska życia w placówkach stacjonarnych, w ośrodkach dziennego pobytu i w mieszkaniach osób starszych. Deinstytucjonalizacja w warunkach pocovidowych wymaga zatem nowych rozwiązań i szybkiej weryfikacji tych stosowanych dotychczas. Rozwój usług społecznych będzie sprzyjał poprawie jakości życia seniorów.

Podsumowanie

Należałoby więc postulować, by – po pierwsze – seniorzy mieli możliwość wyboru. Można wyrazić przekonanie, że zdecydowana większość z nich zdecyduje się na wsparcie ze strony rodziny. To oznacza jednak, że zadaniem polityki publicznej będzie wsparcie dla rodzin pełniących funkcje opiekuńcze. To wsparcie nie może sprowadzać się do zapewnienia możliwości korzystania z opieki wytchnieniowej czy uzyskania porady. Powinno obejmować elementy polityki zatrudnienia (ang. *work-family balance*), polityki dochodowej i emerytalnej (świadczenia społeczne, w tym kwestia uprawnień emerytalnych dla udzielających wsparcia), polityki ochrony zdrowia i pomocy społecznej (jako partnerów rodziny w zapewnieniu opieki) oraz innych subpolityk wchodzących w skład polityki publicznej.

Możliwość wyboru między rodziną a instytucją rozszerza rozwój placówek dziennego pobytu, z których mogą korzystać seniorzy zarówno mieszkający samodzielnie, jak i mieszkający z rodzinami. Okres lockdownu pokazał bowiem, jak ważne jest dla ludzi w każdym wieku utrzymywanie kontaktów z osobami innymi niż te, z którymi dzielimy mieszkanie.

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Wszyscy wymienieni autorzy wnieśli znaczący, bezpośredni i intelektualny wkład w artykuł i zatwierdzili go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy deklarują, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Oświadczenie o źródle finansowania

Projekt „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, sfinansowany w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia. Umowa nr 6/5/4.2/NPZ/2017/1203/1257 na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w zakresie punktu 4.2 Celu Operacyjnego nr 5 Narodowego Programu Zdrowia.

Oświadczenie o etyce badawczej

Autorzy poświadczają, że opublikowane w tekście badania zostały przeprowadzone zgodnie z etyką badawczą afiliowanych uczelni.

Oświadczenie o dostępności danych badawczych

Oryginalne dane zaprezentowane w opracowaniu zawarte są w artykule. Dalsze zapytania można kierować do autorów. Ponadto więcej danych na temat sytuacji rodzinnej seniorów i łączących ich więzi rodzinnych ze zrealizowanego w latach 2017–2020 na blisko sześciotysięcznej próbie badania PolSenior2 można znaleźć w publikacji: Szatur-Jaworska, 2021.

Bibliografia

- Abramowska-Kmon, A. (2019). Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich. W: *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”* (113–122), I. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelażewska (red.). Warszawa: MRPiPS.
- Bakalarczyk, R., Kocejko, M. (2021). *Sytuacja rodzinnych opiekunów osób starszych w czasie pandemii COVID-19. Raport z badania*. Warszawa: Instytut Polityki Senioralnej.
- Błędowski, P. (2021). Potrzeby opiekuńcze. W: *PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (913–929), P. Błędowski et al. (red.). Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Czekanowski, P. (2002). Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie. W: *Polska starość* (140–172), B. Synak (red.). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- EC (European Commission) (2009). *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels.
- Howlett, M. (2011). *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. London–New York: Routledge.
- Stanny, M., Strzelecki, P. (2020). Ludność wiejska. W: *Polska wieś 2020. Raport o stanie wsi* (31–55), J. Wilkin, A. Hałasiewicz (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Szatur-Jaworska, B. (2012). Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. W: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (419–448), M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.). Poznań: Termedia.
- Szatur-Jaworska, B. (2016). *Polska polityka społeczna wobec starzenia się ludności w latach 1971–2013*. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.

- Szatur-Jaworska, B. (2021). Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne. W: *PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (865–888), P. Błędowski et al. (red.). Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dziegielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Aspra-JR.
- Timoszuk, S. (2021). *Wdowieństwo w starszym wieku. O sytuacji finansowej wdów w Polsce*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Monitor Polski z 2014 r. poz. 118.
- Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2016 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – uczestnictwo – solidarność*, Monitor Polski z 2018 r. poz. 1169.
- Zybała, A. (2017). Pojęcie zasobów w polityce publicznej – rola i znaczenie dla budowania potencjału do efektywnego działania. W: *Świat pracy: instytucje i wartości* (73–93), J. Gardawski, R. Towalski (red.). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.